Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-96
Austin, TX 78744-1645
(800) 372-7713 phone • (512) 804-4146 fax

Notificación del Empleador por No Cobertura o Anulación de la Cobertura

Escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra
-O-
Presente este formulario en línea, mediante el siguiente enlace, oprimiendo en "Employer Online Filings":
https://txcomp.tdi.state.tx.us/TXCOMPWeb/common/home.jsp

I. DECLARACIONES REQUERIDAS

1. Declaración de No Cobertura

☐ El empleador mencionado en la parte de abajo **HA ELEGIDO NO OBTENER** una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, según la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 406.004.

☐ El empleador mencionado en la parte de abajo, **HA ANULADO** su cobertura de seguro de compensación para trabajadores, según la Ley de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Texas, Sección 406.007.

La póliza terminó su vigencia en (mm/dd/aaaa):
Número de la póliza:
Compañía de seguros:
La aseguradora informó sobre la anulación en (mm/dd/aaaa):
Los empleados fueron (serán) notificados en (mm/dd/aaaa):

La elección que fue seleccionada arriba tiene vigencia de _____ (mm/dd/aaaa) a _____ (mm/dd/aaaa). Las fechas de efectividad no pueden exceder un periodo de un año.

2. Declaración de las Lesiones y Enfermedades que se Deben Reportar

¿Ha tenido usted que reportar alguna lesión o enfermedad de uno de sus empleados desde la última vez que presentó el formulario *Notificación del Empleador por No Cobertura o Anulación de la Cobertura*? ☐ Si ☐ No
Si su respuesta es "SI", es posible que usted tenga que presentar el Formulario DWC007, *Declaración del Empleador Sin Cobertura por Lesión o Enfermedad Ocupacional.* (Vea la sección de Preguntas Frecuentes en este formulario.)

II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR PRINCIPAL

3. Nombre del Negocio del Empleador	**4. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN)**
5. Dirección Postal del Negocio del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
6. Tipo de Negocio del Empleador	**7. Código de Seis Dígitos de NAICS**

III. LOCACIONES ADICIONALES DEL NEGOCIO

Proporcione el nombre, Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN) y dirección de cada una de las locaciones de los negocios en Texas, sucursales, o entidades separadas del empleador principal cubierto por este reporte. Si necesita más espacio para identificar locaciones adicionales, presente el Formulario DWC205 *Locaciones del Negocio(s) del Empleador*.

8. Nombre	**9. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN)**
10. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
11. Nombre	**12. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN)**
13. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
14. Nombre	**15. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN)**
16. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
17. Nombre	**18. Número de Identificación de Impuestos Federales del Empleador (FEIN)**
19. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

IV. PERSONA QUE ESTÁ PROPORCIONANDO LA INFORMACIÓN

20. Nombre	**21. Número de Teléfono**	For TDI-DWC Use Only (para uso exclusivo de TDI-DWC)
22. Título	**23. Dirección de e-mail**	
24. Firma	**25. Fecha**	

NOTA: **Con algunas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar dicha información (Código Laboral §§552.021 y 552.023); y pedir que TDI-DWC corrija la información que esté incorrecta (Código Gubernamental §559.004).**

Preguntas Frecuentes
Notificación del Empleador por No Cobertura o Anulación de la Cobertura

¿Quién debe presentar el Formulario DWC005?

Todos los empleadores (incluyendo los propietarios exclusivos anteriores que han formado corporaciones, las cuales cuentan con un empleado solamente), deben presentar el Formulario DWC005 ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés), **excepto** un empleador que:

- tenga un seguro de compensación para trabajadores;
- sea un auto asegurador certificado;
- sea una subdivisión política auto-asegurada; o
- emplee solamente a empleados que estén exentos de la cobertura, bajo la Ley de Compensación para Trabajadores (por ejemplo, los trabajadores domésticos, y ciertos trabajadores de granjas y ranchos).

¿Dónde y cuándo debo presentar el formulario?

Envíe el formulario a TDI-DWC por fax al (512)804-4146 o envíelo por correo postal a la dirección que se muestra en la parte de arriba de este formulario. Las siguientes fechas límites aplican para la entrega del Formulario DWC005.

- Un empleador que elige no estar cubierto por un seguro de compensación para trabajadores, debe presentar el Formulario DWC005:
  - dentro de 30 días después de haber contratado a un empleado que esté sujeto a la cobertura bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas; o
  - dentro de 30 días (dentro de 10 días para los empleadores que están **principalmente localizados fuera de Texas**) después de haber recibido una solicitud por parte de TDI-DWC para que se presente el estado de la cobertura, lo que ocurra primero.

- Un empleador **que cancela su seguro de compensación para trabajadores** debe presentar el formulario dentro de 10 días, a partir de la fecha en que se notificó a la aseguradora sobre la cancelación, a menos que el empleador compre una nueva póliza o se convierta en auto asegurador certificado.

NOTA: Los empleadores deben presentar el Formulario DWC005 **anualmente en la fecha de aniversario en que se presentó el formulario originalmente**, siempre y cuando se mantengan en funcionamiento y no tengan un seguro de compensación para trabajadores.

¿Cómo y cuándo debe un empleador sin cobertura notificar a los empleados que éste no cuenta con una cobertura de compensación para trabajadores?

Un empleador **debe mostrar** el *Aviso para los Empleados Sobre la Compensación para Trabajadores en Texas* en inglés, español y cualquier otro idioma que sea común en la población de los empleados del empleador, con el tipo de letra que es especificado por los Reglamentos de TDI-DWC, cada vez que el empleador:

- elija no tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores;
- cancele o anule su seguro de compensación para trabajadores;
- se retracte de ser auto asegurado certificado; o
- tenga su cobertura de seguros de compensación para trabajadores cancelada por la compañía de seguros.

El empleador **también debe proporcionar** este aviso a cada empleado:

- al momento de su contratación;
- cuando un empleador elige no estar cubierto por un seguro de compensación para trabajadores;
- dentro de 15 días, a partir de la fecha en que se notificó a la compañía de seguros que el empleador va a eliminar su cobertura, a menos que el empleador mantenga una cobertura continua bajo una nueva póliza o se convierta en auto asegurador certificado; o
- dentro de 15 días, a partir de la fecha en que la póliza es cancelada por la compañía de seguros.

El aviso que es requerido ha sido incluido y también puede ser obtenido en:
http://www.tdi.state.tx.us/forms/dwc/notice5.pdf (Inglés) y http://www.tdi.state.tx.us/forms/dwc/notice5s.pdf (Español).

Si un empleador elige cancelar su seguro de compensación para trabajadores, ¿cuándo es que termina la cobertura?

La aseguradora debe extender la cobertura por 30 días, después que el empleador presente el aviso ante TDI-DWC o hasta la fecha de cancelación, cualquiera que suceda después. Las primas se deben pagar hasta esta fecha.

¿Es requerido que los empleadores sin cobertura presenten otros formularios con TDI-DWC?

Es requerido que los empleadores con 5 empleados o más, reporten a TDI-DWC las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Los empleadores deben reportar cada lesión o enfermedad relacionada con el trabajo para el séptimo día del siguiente mes. Los empleadores sin cobertura deben reportar estas lesiones y enfermedades usando el Formulario DWC007, *Declaración del Empleador sin Cobertura por Lesión o Enfermedad Ocupacional*, por cada:

- lesión relacionada con el trabajo que dé como resultado la ausencia del empleado a su trabajo por más de un día;
- enfermedad ocupacional de la cual el empleado tiene conocimiento; y
- fatalidad relacionada con el trabajo.

Usted puede obtener el Formulario DWC007 en: http://www.tdi.state.tx.us/forms/dwc/dwc7.pdf.

ADVERTENCIA: Lo siguiente puede exponer a un empleador sin cobertura a sanciones administrativas:

- no presentar el Formulario DWC005
- no mostrar o proporcionar los avisos que son requeridos y/o
- ocultar información o proporcionar información fraudulenta o incorrecta.

Para obtener información adicional, visite http://www.tdi.state.tx.us/wc/employer/filings.html#faq o llame al teléfono 1-800-372-7713**.**

AVISO PARA LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [_____Nombre del Empleador_____] ha elegido no obtener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores. Como empleado de un empleador sin cobertura, bajo la Ley de Compensación para Trabajadores, usted no es elegible para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Sin embargo, un empleador sin cobertura puede proporcionar otros beneficios a los empleados lesionados. Usted debe comunicarse con su empleador para obtener información sobre la disponibilidad de otros beneficios o compensación por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Además, es posible que usted tenga derechos bajo la ley de derecho común de Texas (common law of Texas, por su nombre en inglés), en caso que usted llegara a sufrir una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es requerido que su empleador le proporcione a usted información por escrito sobre la cobertura, cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

LÍNEA DIRECTA DE SEGURIDAD: La División ha establecido un número de teléfono gratuito, en servicio las 24 horas del día, para reportar las condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen a cualquier empleado porque él o ella, de buena fe, reporta una supuesta violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la Sección de Seguridad y Salud al teléfono 1-800-452-9595.